

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

1924-1925 — N° 76

Contribution à l'étude des résultats éloignés
DES
OPÉRATIONS POUR ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX
PERFORÉS EN PÉRITOINE LIBRE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 11 Mars 1925

PAR

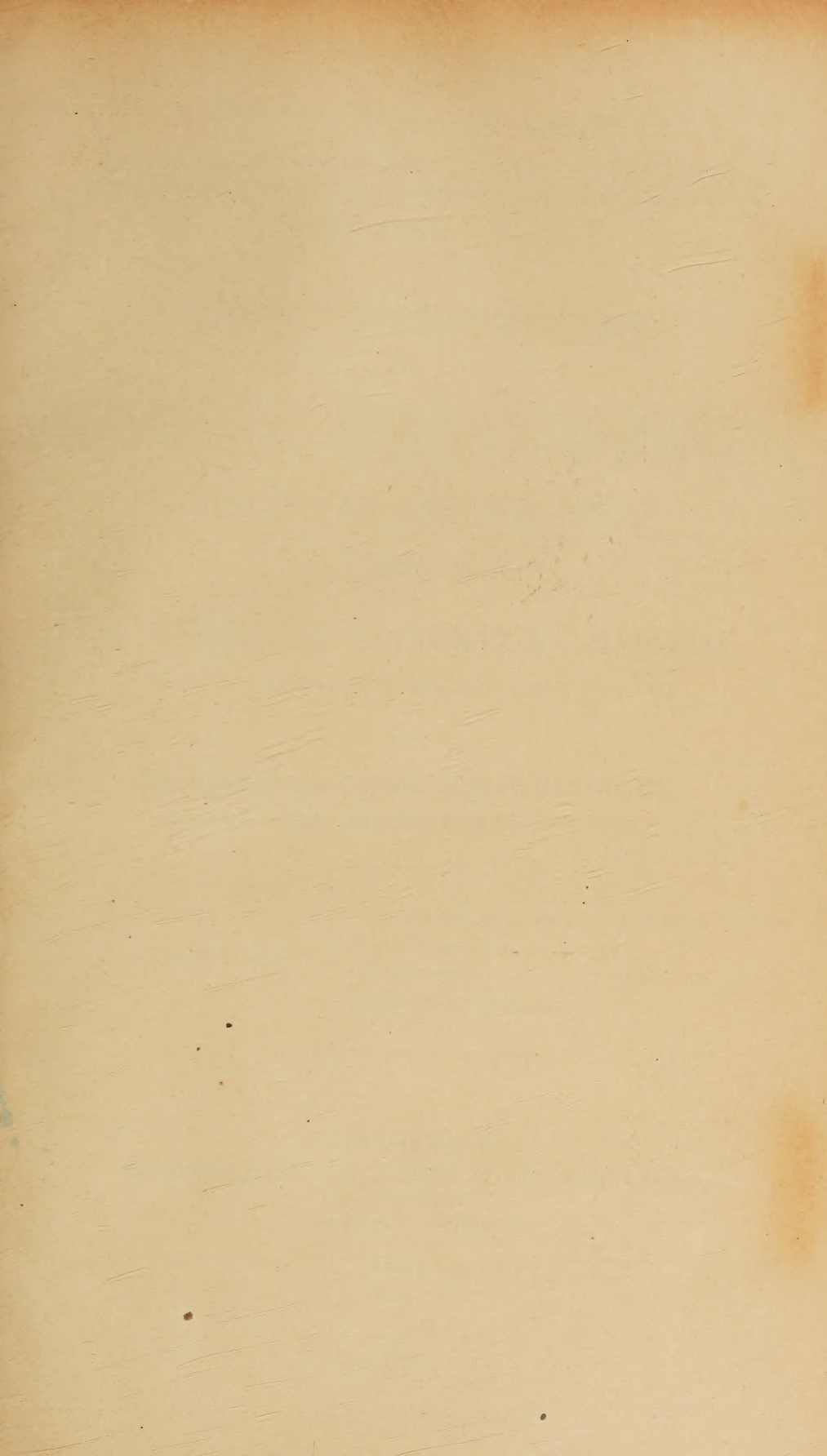
Georges-Jean-Simon LANNELONGUE

Né à LIBOURNE (Gironde), le 28 novembre 1895.

Examineurs de la Thèse	{	MM. PRINCETEAU, professeur....	<i>Président.</i>
		CARLES, professeur.....	} <i>Juges.</i>
		LEURET, agrégé	
		JEANNENEY, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1925



UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1924-1925 — N° 76

Contribution à l'étude des résultats éloignés

DES

OPÉRATIONS POUR ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX PERFORÉS EN PÉRITOINE LIBRE



THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 11 Mars 1925

PAR

Georges-Jean-Simon LANNELONGUE

Né à LIBOURNE (Gironde), le 28 novembre 1895.

Examineurs de la Thèse	{	MM. PRINCETEAU, professeur....	<i>Président.</i>
		CARLES, professeur.....	<i>Juges.</i>
		LEURET, agrégé.....	
		JEANNENEY, agrégé.....	



BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIERE, 17

1925

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAËT.	Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants..	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Anatomie.....	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques	LE DANTEC.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	W. DUBREUIL H
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires..	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.	ABADIE.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale	N.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURE.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	BARTHE.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie....	SELIÈRE.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie). — CARLES (Thérapeutique et pharmacologie).
PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie.....	VILLEMIN.	Médecine générale.....	MICHELEAU.
Pistologie.....	LACOSTE.	id.....	BONNIN.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	JEANNENEY
id.....	N.	id.....	N.
Physique biologique et médicale.....	RECHOU.	id.....	N.
Chimie biologique et médicale.....	N.	Obstétrique.....	PERY.
Médecine générale.....	MAURIAC.	id.....	FAUGÈRE.
id.....	LEURET.	Ophtalmologie.....	TEULIÈRES.
id.....	DUPERIÉ.	Oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
id.....	CREYX.	Pharmacie.....	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	ANDÉRODIAS
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques	LABAT.
Accouchements.....	FAUGÈRE.	Chimie pharmaceutique.....	GOLSE.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Chimie minérale.....	GOLSE.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes... MM. ROCHER.
Pathologie externe (4^e année) et petite chirurgie..... CHARRIER.
Pathologie externe (3^e année) et petite chirurgie..... LOUBAT.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PRINCETEAU

*Chirurgien des hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

Au terme de notre vie d'étudiant, ce n'est pas sans une vive émotion que nous évoquons le jour déjà lointain où nous fîmes notre entrée dans cette Faculté. Abandonnant un moment la place que nous y occupions, nous avons suivi dans la vie militaire la trace de nos aînés. Et lorsque enfin vint le retour, nous eûmes la douleur de constater que quelques-uns manquaient à l'appel. A ceux de nos camarades qui ont fait le sacrifice de leur vie, nous adressons un souvenir ému.

Au début de ce travail qui doit couronner nos études, nous tenons à remercier publiquement les maîtres qui ont contribué à notre formation médicale.

M. le Dr Charrier et son interne, M. A. Chauvenet, nous ont éclairé de leurs conseils, nous leur en sommes très reconnaissant.

Nous ne saurions trop remercier enfin M. le professeur Princeteau du grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse. Qu'il veuille trouver ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES RESULTATS ÉLOIGNES

DES

OPÉRATIONS POUR ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX

PERFORÉS EN PÉRITOINE LIBRE

INTRODUCTION

Mieux connues, plus souvent diagnostiquées et opérées dans les heures qui les suivent, les perforations en péritoine libre des ulcères gastriques ont donné à la chirurgie les plus brillants succès.

Alors qu'autrefois le traitement médical lui était seul réservé, cette redoutable complication est, sans aucun conteste, aujourd'hui uniquement du domaine de la thérapeutique chirurgicale.

Et de ce fait, à une mortalité qu'on pouvait évaluer à 91 et même à 100 p. 100, on peut opposer à présent des statistiques moins sombres.

En effet, les diverses opérations pratiquées donnent une mortalité globale de 17,2 p. 100 pour les cas opérés dans les douze premières heures et de 36 p. 100 pour les cas opérés plus tardivement.

Ces chiffres paraissent encore trop élevés aux chirurgiens et ils discutent de la valeur des diverses méthodes opératoires à employer. Et c'est ainsi que nous avons vu tout récemment les discussions les plus serrées et même les plus vives au sein des sociétés savantes et dans la littérature médicale.

C'est que non seulement on veut obtenir des résultats *opératoires immédiats* les meilleurs, mais encore on veut à présent obtenir, par la même intervention, ces suites opératoires favorables, et aussi des *résultats tardifs* aussi bons que possible.

Dans un même temps, on veut obtenir et la guérison de la complication de l'ulcère et la guérison de la *maladie ulcéreuse* elle-même.

Et voici comment dans la discussion pour le choix du procédé opératoire à appliquer à la perforation entre à présent, pour une grande part, la considération de l'avenir pathologique du malade.

Propose-t-on la gastro-entérostomie systématique pour traiter l'ulcère perforé, ce n'est plus pour savoir si, en jouant un rôle palliatif contre le rétrécissement causé par la suture ou si dédaignant la suture en permettant une meilleure évacuation gastrique, elle améliore les résultats opératoires immédiats. Dans la balance, on jette à présent le poids de l'action de la gastro-entérostomie sur l'ulcère en général.

De même, lorsqu'il s'agit de la gastro-pyloréctomie préconisée en particulier par Duval et son école.

Ainsi veut-on obtenir des résultats éloignés aussi satisfaisants que si l'on avait pratiqué une opération à froid en dehors de toute complication grave.

Mais il est des chirurgiens qui jugent inutiles ces considérations parce qu'ils estiment que la perforation d'un ulcère marque *le terme même de son évolution*.

C'est donc l'étude critique de ces diverses opinions qui fera l'objet de cette thèse qui utilisera en particulier les documents que le docteur Charrier et son interne A. Chauvenet ont si obligeamment mis à notre disposition.

Dans un premier chapitre, nous ferons une esquisse histori-

que de la question et rappellerons les bases pathogéniques et anatomo-cliniques.

Puis nous envisagerons successivement les résultats éloignés obtenus par les divers procédés opératoires, en insistant particulièrement sur l'avenir des ulcères perforés traités par la suture simple.

CHAPITRE PREMIER

I

Le 11 avril 1923, le professeur Delbet, parlant du traitement des ulcères perforés en péritoine libre, disait à la Société de chirurgie : « A l'heure actuelle, au lieu de discuter sur des statistiques de mortalité opératoire, dont la valeur est singulièrement amoindrie par l'hétérogénéité des faits, il serait plus intéressant de chercher les résultats éloignés des ulcères guéris opératoirement. »

Ce n'est pas que cette question n'ait été déjà posée. Dès que la chirurgie a obtenu des résultats immédiats relativement bons, elle a voulu voir plus loin et considérer aussi l'amélioration des résultats éloignés.

Et aussitôt se sont créées des opinions diverses dont l'hétérogénéité a, somme toute, une base dans la diversité des opinions concernant la nature même de l'ulcère gastrique.

Cela se comprend si l'on en juge par l'empirisme qui, en quelque sorte, est à la base du traitement des ulcères gastro-duodénaux (toutes complications mises à part, bien entendu).

Faire la discussion théorique du procédé opératoire qui doit faire espérer les meilleurs résultats lointains serait, en se plaçant à ce point de vue, reprendre la question encore si complexe du traitement chirurgical de la maladie de Cruveilhier. Ce n'est pas notre but.

Mais il est un fait nouveau qui entre en ligne de compte dès qu'il s'agit, au contraire, du résultat éloigné des ulcères perforés opératoirement guéris.

Ce fait est énoncé pour la première fois par Mayo (de Rochester) en 1908. Ce chirurgien pense que la perforation, mettant fin au processus ulcéreux, marque la terminaison de la maladie.

Le 13 octobre 1920, Lagoutte, présentant à la Société de chirurgie sa statistique personnelle, déclare « qu'il semblerait qu'un ulcus arrivé au stade de perforation soit au terme de son évolution et guérisse spontanément après la suture ». Ce n'est pas légèrement qu'il avance cette hypothèse, puisqu'il apporte les observations de 9 malades suivis de deux mois à neuf ans après opération pour ulcère perforé. 7 d'entre eux, qui ont été traités par la suture simple, ont des résultats tardifs aussi favorables que les 2 autres traités par la suture suivie de gastro-entérostomie.

Charles-L. Gibson (de New-York), présentant à la Société de chirurgie de Paris, le 11 juillet 1923, sa statistique portant sur 76 interventions, dit, en parlant des résultats éloignés : « L'élément de la perforation semble être une phase curative, on le voit ailleurs, où l'élimination d'un sphacèle provoque la guérison. La perforation opératoire, l'opération dite *de Balfour*, est fondée sur ce principe. »

D'ailleurs Gibson, dans les lignes qui suivent, insiste tout particulièrement sur la nécessité de soins médicaux et diététiques soigneux et prolongés.

On jugera de l'importance de cette théorie si l'on suit les chirurgiens tels que : Alexander, Bullock, Steward et Barber qui rejettent la gastro-entérostomie qu'ils déclarent inutile « pour une maladie qui guérit d'elle-même après la perforation ».

L'étude critique des résultats éloignés que donnent les divers modes de traitement de l'ulcus perforé pourra peut-être nous montrer ce qu'on peut penser de cette conclusion si grosse de conséquences thérapeutiques.

Aussi bien n'est-elle pas acceptée par tous et voit-on certains auteurs la combattre violemment.

A la Société de chirurgie de 1924, Lecène ne dit-il pas : « A moins d'admettre avec certains chirurgiens américains qu'un

ulcère perforé, s'il a la chance de guérir opératoirement, restera de ce fait définitivement guéri (*proposition qui m'a toujours paru absurde et contraire à tous les faits observés*), je ne vois pas bien en quoi l'avenir d'un ulcéreux opéré lors de sa perforation et guéri de ce grave accident diffère de celui d'un ulcéreux opéré à froid. Donc, discuter les résultats éloignés du traitement de l'ulcère dans un cas comme dans l'autre, c'est, à mon avis, la même question. »

On peut conclure de ce fait que :

De deux choses l'une : Ou l'hypothèse de Mayo, Gibson, etc., a quelque valeur, et dans ce cas il faut en discuter sérieusement les bases, car elle est d'une importance énorme dans le choix du meilleur procédé opératoire à opposer à la perforation des ulcères gastriques ;

Ou bien cette hypothèse est *a priori* jugée fausse, et la question des résultats éloignés des ulcères perforés opératoirement guéris se résout dans la question générale du meilleur traitement chirurgical de l'ulcère rond.

II

Nous ne pensons pas qu'on ait le droit d'éliminer ainsi l'hypothèse de Mayo.

Loin de l'accepter avec autant d'enthousiasme que certains mettent d'ardeur à la repousser, nous croyons qu'il faut la discuter, mais en se plaçant sur un terrain solide.

Le premier auteur qui semble avoir bien compris où siégeait le nœud de la question nous paraît être S. Radoïevitch qui a fait, à l'instigation du professeur Chavannaz, une thèse remarquable, en 1924, sur *Le meilleur traitement chirurgical des ulcères gastro-duodénaux perforés en péritoine libre*.

Cet auteur remarque avec juste raison qu'il est sûrement diverses sortes d'ulcères gastriques à *pathogénie probablement différente* et aussi à *allure anatomo-clinique différente*. Il lui semble difficile de comparer, par exemple, les ulcères à marche lente devenant fortement calleux et les ulcères à marche clinique

rapide aboutissant très vite à la perforation et dont les bords, faute de temps pour voir s'esquisser le calus, restent souples. Dans sa statistique portant sur 718 observations, dont 247 de perforations gastriques et 86 de pyloro-duodénales, il note que sur 125 cas où les caractères macroscopiques de l'ulcère étaient signalés, celui-ci était le plus souvent (102 fois) le siège d'une induration marquée. Il ressort donc de ce fait que le nombre des ulcères à bords souples est relativement très restreint. De plus, il semble bien que ces ulcères à bords souples ou très légèrement indurés répondent à ceux qui, cliniquement, ont eu une marche aiguë.

Eh bien ! ce qui frappe dans les conclusions du solide travail critique de Radoïevitch, c'est l'évolution ante et post-perforatoire de ces ulcères.

D'une façon très imagée, il dit d'eux que s'il a pu écrire qu'ils *naissaient perforés*, on peut dire aussi que cliniquement *ils mouraient suturés*.

Et il ajoute : « Il semble que s'il est des ulcères pour lesquels la perforation paraît constituer un phénomène curatif et la suture simple un traitement suffisant, ce fait ne s'applique qu'à certains ulcères à marche extrêmement aiguë et surtout aux ulcères latents, mais étant restés souples ou peu indurés. C'est là la part de vérité qu'il est permis d'accorder à la théorie de Mayo, Gibson, Lagoutte, etc... »

Il est curieux de constater que ces conclusions aient été reprises en partie par Duval, qui lui, ignorant sans doute le travail de Radoïevitch, pourtant antérieur à sa communication, considère les bases *anatomo-pathologiques microscopiques au problème*.

Estimant à son tour que, en matière de traitement de l'ulcus perforé, « la divergence fondamentale d'opinions tenait probablement à l'ignorance même où nous étions du mécanisme intime de la perforation », il a fait examiner par F. Moutier 19 pièces d'ulcères perforés (14 gastriques et 5 duodénaux). L'étude microscopique de ces pièces a amené Duval et Moutier à cette conclusion qu'il existe deux types essentiellement différents d'ulcères gastro-duodénaux perforés.

Tantôt l'ulcère qui se perfore brusquement est un ulcère *purement chronique et amicrobien*.

Tantôt il s'agit d'un ulcère *aigu ou chronique* qui présente des poussées inflammatoires suraiguës, et *toujours microbien*.

Dans le premier cas, il s'agirait de *perforation purement mécanique* soit par la *rupture* d'une cicatrice d'ulcère soit par la *fissuration* du fond d'un ulcère en marche vers la guérison, soit — dans le cas d'ulcère à marche rapide — de la rupture d'un ulcère en évolution destructive.

Dans tous ces cas, le processus étant amicrobien, c'est-à-dire sans germes intrapariétaux, est sans lésions inflammatoires d'ordre microbien dans la paroi gastrique autour de l'ulcus perforé.

Dans le deuxième cas Moutier décrit dans les parois de l'ulcère un processus d'inflammation *subaiguë ou suraiguë, nécrotique ou suppurative*, avec présence de germes.

On peut voir même la paroi gastrique, aux alentours du cratère ulcéreux, creusée d'un abcès à streptocoques ou même d'abcès miliaires.

Moutier a pu même identifier ces germes, tantôt streptocoques, tantôt entérocoques.

Duval tire de ces faits la conclusion logique qui s'imposait : « Certains auteurs américains, dit-il, ont écrit que l'ulcère perforé était un ulcère mort. Ils en concluent que la simple suture suffit parfaitement pour assurer la guérison définitive de l'ulcère sans qu'il soit du tout nécessaire de recourir au traitement indirect ou direct de l'ulcus, gastro entérostomie ou excision. Les constatations de Moutier nous montrent que cette conception est inexacte, si on l'applique à tous les cas, mais exacte dans certains cas particuliers. »

En effet, de ce que disent ces auteurs il ressort que si un ulcère en voie de cicatrisation peut se perforer mécaniquement, après suture *la cicatrisation de cette cicatrice* peut se faire sans nouvelle évolution ulcéreuse. L'ulcère mort avant la perforation reste mort après elle.

S'agit-il d'ulcère perforé par un processus microbien nécro-

tique, si la lésion est strictement limitée, la chute de l'escarre sépare le tissu mortifié du tissu sain en laissant un pourtour peu infecté dont la suture assurera la cicatrisation, sans nouvelle marche du processus ulcéreux.

Voici donc deux cas pour lesquels on peut, *a priori*, accepter en partie l'opinion de Mayo, Gibson.

Il va de soi que les choses ne se passeront pas ainsi lorsqu'il s'agira d'ulcères avec réaction inflammatoire microbienne étendue dans la paroi gastrique loin de leurs bords. C'est dans ces cas peut être — quoique ce soit sortir de notre sujet — que l'on doit attribuer plus de valeur à la résection large qu'à la suture simple au point de vue des résultats immédiats.

Un dernier point de pratique restait à envisager; Duval l'a justement fait. Peut-on macroscopiquement avoir un test permettant de juger rapidement la nature du processus perforatoire ?

Rien ne permet de le faire.

Quoi qu'il en soit de ces travaux qui méritent d'être poursuivis sur une plus grande échelle, nous devons d'abord leur opposer une objection et, en second lieu, en tirer une conclusion.

L'objection est qu'il est difficile d'en tirer une conclusion immédiate parce que l'aspect macroscopique ne peut pas indiquer la marche à suivre et aussi il faut objecter que les déductions de Duval ne tiennent pas compte de ce fait que souvent l'ulcère ne paraît pas être une manifestation d'un processus très localisé. Il est des cas où l'on voit sur un même estomac plusieurs ulcères à des stades différents de leur évolution. Il existe *une maladie ulcéreuse* avec tout un complexe anatomo-clinique dans ces cas, et non *un ulcère* localisé, et évoluant en quelque sorte pour son propre compte.

Mais ceci étant mis à part, on peut déduire du travail de Moutier ceci :

La question des résultats éloignés des ulcères perforés en péritoine libre ne se résout pas, comme le disent certains auteurs, dans la question du meilleur traitement des ulcères gastriques non compliqués.

Il est des cas — les travaux de Radoïevitch, de Duval et Moutier, quoique différents, en font foi — où l'on peut considérer l'ulcère perforé comme étant arrivé au terme même de son évolution. Ces cas sont sans doute rares, mais leur rareté ne suffit pas à éliminer systématiquement la théorie de Mayo, Gibson.

Bien au contraire, cette théorie mérite d'être reprise sur des bases anatomo-cliniques solides et pouvant guider extemporanément, le cas échéant, la conduite de l'opérateur.

III

Avant d'étudier les résultats éloignés que donnent les différentes opérations pour ulcères gastriques perforés, nous voulons attirer l'attention sur certains faits. Et tout particulièrement nous voulons nous demander quelles seront les bases mêmes de la critique de ces résultats éloignés.

Il peut sembler puéril de poser une telle question et pourtant, en lisant les travaux de certains chirurgiens, il semble que l'on ait oublié de préciser cela.

Il est évident que si l'on parle de guérison, l'idéal serait de pouvoir parler de *guérison anatomique*. Ce serait le test certain.

Les autopsies et les réinterventions seules peuvent nous renseigner à ce sujet. Et encore pour ces dernières, il faudrait, pour plus de certitude, explorer la muqueuse gastrique, ce qui est fait très exceptionnellement. Nous avons trouvé cependant des observations de malades réopérés ou autopsiés longtemps après une intervention pour ulcère perforé de l'estomac.

Telle est l'observation de la malade que Tuffier réopéra dix-huit ans après une intervention (suture simple) pour ulcère perforé. Cette malade ne présentait plus trace de son ulcère. Remarquons que celui-ci était, lors de sa perforation, un ulcère à bords amincis, souples, de la catégorie de ceux que Radoïevitch estime être — au point de vue immédiat comme au point de vue tardif — propices à la suture simple.

Connors, Muller ont rapporté les observations de malades

à l'autopsie desquels (deux ans, trois ans, dix ans, quatorze ans après l'opération par suture simple pour ulcère perforé) ils ne trouvèrent aucune trace de la lésion.

Lecène, Bopp, ont publié de tels faits après suture suivie de gastro-entérostomie.

Mais ces observations sont rares.

Il reste donc le jugement clinique. Quand et comment peut-on affirmer qu'un malade est cliniquement guéri de son affection ulcéreuse ?

Avant de porter un jugement définitif, il faut bien se souvenir de la *marche cyclique de l'ulcère gastrique*. Tel malade, présenté par M. Papin comme guéri de son ulcère huit mois après suture simple pour perforation, revient, onze mois après, avec des signes cliniques (confirmés par le laboratoire) d'évolution ulcéreuse.

Il faut donc être réservé et ne se prononcer que lorsqu'un temps assez long s'est écoulé après l'intervention pour la perforation. Bien entendu, examen du liquide gastrique et examens répétés à l'écran radioscopique viendront à l'appui des signes cliniques présentés par le malade.

Et encore la difficulté ne sera-t-elle pas résolue. Des malades viendront et qui présenteront des troubles gastriques parfois très violents à la suite de l'intervention qu'ils auront subie pour perforation d'ulcère. Et ces malades *seront pourtant indemnes de toute évolution ulcéreuse* au niveau de leur estomac.

Ce sont ces malades chez lesquels il est difficile de discriminer la part qui revient à l'évolution ulcéreuse de celle qui revient aux lésions de périgastrite.

Les périviscérités peuvent s'accompagner de troubles tels que les malades réclament une nouvelle intervention. Il n'est pas rare alors de trouver l'étage susmésocolique de l'abdomen absolument calfeutré d'adhérences rendant très périlleuse ou même empêchant toute intervention (cas de Marmonteil, de Basset, de Leriche... cités dans la thèse de Radotévitch).

Il convient donc d'être extrêmement circonspect avant d'affirmer la guérison ou même la non-guérison du processus ulcéreux.

CHAPITRE II

Étude comparative des résultats éloignés des ulcères perforés traités par la suture simple, la gastro-entérostomie et les procédés d'excision.

A. Résultats éloignés de la suture simple.

Nous avons montré combien il était difficile de comparer les suites lointaines des interventions par suture simple sur les ulcères perforés. C'est qu'en effet, il existe des formes anatomiques cliniques diverses d'ulcère gastrique ayant évolué jusqu'à la perforation.

Certains auteurs ont nié l'existence de guérisons anatomiques d'ulcères perforés et traités par la suture. Il est facile de réduire à néant cette affirmation.

Outre les constatations cliniques, nous avons vu que Tuffier, Conners, Mulleder ont apporté des observations de malades réopérés ou dont on a fait l'autopsie longtemps après la suture de leur ulcère perforé et qui ne présentaient plus de lésions gastriques.

Ces faits ont de la valeur. Mais lorsqu'il s'agit de *guérisons cliniques*, il faut se montrer de la plus grande sévérité.

Sur 18 opérés de Mayo, 17 n'ont pas de signes d'évolution ulcéreuse, un seul doit subir une gastro-entérostomie complémentaire.

Martens dit avoir 18 bons résultats sur 18 cas.

Southam, sur 41 opérés, n'a eu à intervenir que 4 fois.

D'après Steward et Barber, les résultats éloignés de la suture

simple seraient exactement superposables à ceux de la suture suivie de gastro-entérostomie.

Radoïevitch enfin, sur 353 résultats tardifs de la suture simple, trouve dans la littérature 205 bons résultats, 25 résultats médiocres et 120 résultats mauvais.

Dans sa statistique portant sur 233 observations de suture simple, les résultats éloignés sont notés 49 fois; 28 fois ils sont bons, 2 fois assez bons, 19 fois mauvais.

Et encore faut-il remarquer avec Radoïevitch que beaucoup de cas qualifiés de bons n'ont été suivis que pendant un temps bien court. Parmi eux, un, qualifié de bon huit mois après l'intervention, cessait de l'être trois ans après puisqu'à ce moment le malade présentait de nouveau des signes d'évolution ulcéreuse (cas de M. Papin).

Perrin (de Lyon), en février 1924, a présenté à la Société de chirurgie de Lyon 4 cas (1) d'ulcères perforés traités par la suture simple et qu'il a eu l'occasion de revoir. Il a étudié chez ses malades l'état des fonctions digestives, l'embonpoint, le chimisme intestinal (recherche du mœlena) et a pratiqué chez eux l'examen clinique et radioscopique.

Ces 4 malades traités par la suture simple se montrent indemnes de tout processus ulcéreux, et Perrin se croit autorisé à conclure :

« Si l'ulcère guérit après s'être perforé et avoir été suturé, quelle est la raison de cette guérison ?

» Sont-ce les modifications circulatoires et nerveuses que la suture entraîne certainement à son niveau ? Est-ce, comme le pense M. Patel, parce que l'ulcère s'élimine en quelque sorte comme à l'emporte-pièce au moment de la perforation ? Cette dernière opinion paraît difficile à appliquer *aux ulcères calleux perforés*. »

Il est évident que le nombre des observations est grand qui peut faire croire à la cessation du processus ulcéreux après la

(1) 21 opérés, 18 guérisons opératoires, 9 cas opérés depuis plus de dix-huit mois, 5 sutures plus gastro-entérostomie et 4 sutures simples.

perforation de l'ulcus. Mais il faut tenir compte de deux faits :

Tout d'abord, nous ne craignons pas de le répéter, il faut ne considérer comme valables que les examens faits longtemps, très longtemps après l'intervention. Tel malade, huit mois après son opération, semble guéri qui, dix-huit mois après, présente des signes nets d'évolution ulcéreuse. Tel autre paraît ne devoir plus présenter de troubles gastriques et meurt d'hématémèse quatre ans après sa complication perforatoire opératoirement guérie.

D'autre part, le malade qui a survécu à une complication telle que la perforation de son ulcère est mis en garde contre l'affection qu'il présente ; surtout s'il est prévenu par son médecin de la possibilité d'une nouvelle activité de son ulcère, il fait attention à son régime. Il est probable que peu de patients soient aussi raisonnables que ceux-ci.

Et l'on voit bien la valeur d'un régime sévère et continu en matière de thérapeutique des affections ulcéreuses de l'estomac.

Et alors comment départager la perforation (considérée comme phase terminale de l'ulcus) et la thérapeutique diététique ? Comment dire que c'est celle-ci ou celle-là qui joue véritablement le rôle actif dans la cessation des accidents ulcéreux ?

Une seule chose paraît logiquement devoir donner quelques précisions à ce sujet.

C'est justement, toutes choses étant égales par ailleurs, la façon différente dont se comportent les divers malades suivant la forme anatomo-clinique de l'ulcus qu'ils présentaient. Si l'on pouvait prouver que certains ulcères, dont Radoïevitch, Duval et Moutier disent qu'ils sont plus que les autres capables de guérir après la perforation, sont suivis d'une guérison plus souvent que les autres ulcères, la question ferait de grands progrès.

Malheureusement, il faudrait des observations en quantité considérable et il faudrait, chose, hélas ! plus rare, des observations complètes.

Ceci est particulièrement rare.

Nulle part, ailleurs que dans le travail de Radoïevitch, on ne trouve la question envisagée sous cet angle et avec, comme base, des observations aussi minutieusement critiquées.

B. Résultats éloignés de la suture avec gastro-entérostomie.

Il ne saurait y avoir de discussion sur la valeur de la gastro-entérostomie complémentaire d'une suture, pour un ulcère gastrique perforé en péritoine libre. Au point de vue des résultats éloignés s'entend.

Comme nous le disions plus haut, nous ne voulons pas discuter les diverses méthodes générales du traitement chirurgical des ulcères.

Mais les choses sont tout autres lorsqu'il s'agit des ulcères perforés, puisqu'il faut ici tâcher de savoir si la gastro-entérostomie, méthode de traitement « à froid » des ulcères gastriques, faite pour perforation d'ulcères, donne de meilleurs résultats éloignés que la suture simple. Si nous n'avions pas accordé quelque part de vérité à l'opinion de Mayo, Gibson, nous n'aurions pas besoin d'effleurer la question.

Et encore, cette théorie étant admise, comment concilier les faits? Il semble qu'en matière de traitement des ulcères gastriques, on erre dans un labyrinthe.

Sans vouloir créer des querelles byzantines, il faut essayer de tout considérer et de ne pas prendre parti à la légère.

C'est que pour juger de la valeur relative de deux procédés opératoires il faut considérer des cas superposables.

Il faudrait tour à tour considérer les résultats éloignés des ulcères ayant telle ou telle autre forme anatomo clinique et pour cette variété-là considérer comparativement les résultats éloignés de la suture et ceux de la suture accompagnée de gastro-entérostomie. C'est ce que Radoïevitch a essayé de faire sans toutefois y parvenir d'une façon satisfaisante à cause du manque de précision des auteurs dont il a relevé les observations.

Toutefois, il envisage 53 cas (27 ulcères duodénaux, 13 ulcères juxta-pyloriques, 12 ulcères de la petite courbure) dont les résultats éloignés ont pu être considérés comme bons.

Parmi eux, 31 étaient calleux, anciens, alors que pour 22 autres

la nature de l'ulcère n'était pas précisée. Puis, parmi les 29 cas de suture simple dont les résultats éloignés sont bons, il remarque que 21 avaient trait à des ulcères à bords souples ou très peu indurés.

Nous avons vu que la suture avait donné de moins bons résultats éloignés quand il s'agissait d'ulcères calleux.

Il semble que l'on puisse dire que les ulcères à bords souples ou peu indurés, ayant eu une marche relativement aiguë, donnent d'aussi bons résultats éloignés avec la suture simple qu'avec la suture accompagnée de gastro-entérostomie.

De plus, on peut aussi avancer que, parmi les ulcères calleux, on note de meilleurs résultats éloignés avec la gastro-antéro-anastomose qu'avec la suture simple.

Ceci vient à l'appui de ce que nous écrivions dans le chapitre précédent.

Cependant, nous devons remarquer que la classification anatomo-clinique de Radoïevitch ne correspond pas exactement en apparence à celle de Duval et Moutier. Ces auteurs attribuent à certains ulcères *calleux*, perforés mécaniquement, la propriété de guérir après suture simple.

La divergence de vue est légère puisque Radoïevitch comprend dans sa classification quelques ulcères calleux, mais à marche latente avant leur perforation.

De tout ce qui précède on doit conclure que si certains ulcères *meurent suturés*, la plupart, au contraire, peuvent continuer à évoluer après leur perforation et leur suture. Cette reprise de leur évolution peut être immédiate ou tardive, la recrudescence des accidents ulcéreux étant liée à la forme de l'ulcère, à l'état du malade, à la valeur des soins hygiéniques post-opératoires et à leur constance.

C. Résultats éloignés des procédés d'exérèse.

« Opposer, a dit Duval, au traitement de l'épisode aigu, la perforation, le traitement de la maladie de l'ulcus... », telle serait la signification des procédés d'exérèse appliqués aux ulcères gastro-duodénaux perforés en péritoine libre.

Cela implique tout d'abord que les partisans des méthodes d'exérèse admettent que l'on obtient des résultats immédiats au moins aussi bons avec l'excision et la gastro-pyloréctomie qu'avec les autres procédés.

Ceci admis, c'est encore une question de principe qui fait de l'exérèse une méthode de choix dans le traitement de l'ulcère même non perforé.

Il est évident que les procédés d'exérèse mettent à l'abri des complications telles qu'hémorragies, perforations itératives, voire cancérisation.

Pour ce qui est de l'hémorragie, par exemple, le cas de Baudet est typique. Il s'agit d'un malade opéré par suture simple pour un ulcère perforé de la petite courbure. Dans les mois qui suivent la guérison opératoire, ce malade fait trois formidables hémorragies gastriques. Baudet intervient, fait une gastro-entérostomie secondaire et obtient une guérison se maintenant depuis cinq ans.

Il est évident que si l'on avait pratiqué au moins une gastro-entérostomie ou mieux une gastrectomie lors de la première intervention, le malade n'aurait pas eu sa complication hémorragique.

De même, l'exérèse met-elle à l'abri d'une complication — évitée aussi, il est vrai, par la gastro-entérostomie — qui peut succéder à la suture simple. C'est la sténose par calus du conduit gastro-pylorique. Cette sténose peut survenir plus ou moins tardivement et obliger à pratiquer une deuxième intervention. Telle est l'observation de Kümmer dans laquelle, deux ans après la suture d'un ulcère duodénal perforé, on voit apparaître des signes progressifs de sténose. A l'intervention, Kümmer trouve un gros bloc calleux et induré sur le canal pyloro-duodénal.

Dans certains cas, la nature calleuse ou néoplasique de cette induration n'a pu être précisée du point de vue macroscopique, et cela nous incite à considérer la question de la cancérisation possible des ulcères après leur perforation et leur suture accompagnée ou non de gastro-entérostomie.

Mis à part le cas où la suture simple semble donner des résultats tardifs bons à cause de l'arrêt du processus ulcéreux, il semble qu'au point de vue général gastro-entérostomie et procédés d'exérèse donnent d'aussi bons résultats éloignés.

Mais il est une question qui pourrait inciter tout spécialement à choisir les procédés d'éradication : c'est la question de la cancérisation des ulcères.

Cet argument — la transformation cancéreuse des ulcères étant admise aujourd'hui par beaucoup de chirurgiens — nous paraît être d'une grande valeur.

Radoïevitch écrit : « Et si, comme l'a écrit notre maître le professeur Chavannaz, on démontrait un jour, d'une manière certaine, la fréquence de la transformation cancéreuse des ulcères, *nul doute que la méthode indirecte ne devrait vivre que des contre-indications de la méthode directe.* »

D'après les observations publiées et d'après le travail de Radoïevitch, il semble que l'on puisse conclure que l'éradication plus ou moins large de l'ulcus perforé donne les meilleurs résultats éloignés et le maximum de garantie, puisqu'elle évite la possibilité menaçante de la transformation maligne de l'ulcère.

IV

Cependant il est des chirurgiens qui estiment que l'opération pour perforation d'ulcère doit être une opération minima. Il faut, disent-ils, s'occuper de l'accident; plus tard, par des soins médicaux ou par une nouvelle intervention, il sera temps de soigner la maladie ulcéreuse.

Ces chirurgiens sous-entendent la nécessité d'un traitement direct ou indirect de la maladie ulcéreuse, mais fait dans un deuxième temps.

Somme toute, on peut dire qu'il est actuellement deux opinions en présence.

L'une dit que les procédés directs ou indirects appliqués à la perforation donnent le même pourcentage de décès opératoire;

il faut donc choisir le procédé donnant les meilleurs résultats éloignés.

L'autre dit qu'il convient de ne s'occuper que de la perforation. Puis, dans un second temps, il faut réintervenir pour s'occuper de la maladie ulcéreuse. La question se ramène alors au choix du meilleur traitement des ulcères non compliqués.

CHAPITRE III

Observations.

OBSERVATION I

Dr CHARRIER, Société de chirurgie, 21 mars 1923.

Homme de 36 ans, vu, le 3 avril 1921, par le docteur Paulouch. Douleur subite épigastrique quatre heures après le repas de midi. Il s'agit d'un sujet alcoolique qui se plaint de l'estomac par intermittences, sans aucun autre trouble. Il a eu aussi deux ictères en trois ans, précédés et accompagnés de coliques et de fièvre.

Nous le voyons huit heures après le début de ces accidents : visage très inquiet, douleurs abdominales intenses, généralisées, hoquet ininterrompu, pas de vomissements, 38 degrés de température (le malade tousse), ventre de bois, palpation très difficile à cause des douleurs; il semble qu'il existe de la sonorité périhépatique et une douleur beaucoup plus vive dans la région appendiculaire et la région lombaire droite. Une première piqûre de morphine faite une heure avant n'a amené aucun soulagement.

Diagnostic. — Perforation de l'estomac, quelques réserves au sujet d'une pancréatite hémorragique.

Opération. — Laparotomie sus-ombilicale, le malade est maigre, l'exploration du ventre est facile, liquide péritonéal abondant baignant toutes les anses intestinales, quelques débris qui nous paraissent alimentaires, pas d'odeur. Tout de suite se présente une grosse perforation de la largeur d'une pièce de 1 franc sur la face antérieure de l'estomac, à 5 centimètres du pylore, entourée de fausses membranes dont quelques-unes flottent et dont les autres sont encore

fixées au mésocôlon transverse; estomac très rouge; les bords de la perforation saignent légèrement.

Extériorisation rapide et facile de l'estomac; excision des bords de la perfection qui est irrégulière; suture très aisée avec deux plans. Pas de gastro-entérostomie. Fermeture à trois plans de la paroi, pas de drainage. Durée, trente-cinq minutes.

Suites. — Bonnes en ce qui concerne l'abdomen. Pleuro-congestion droite avec 38°4 pendant trois jours. Amélioration rapide à partir du dixième jour.

Revu, le 7 août 1922, en excellent état, sans aucun trouble.

OBSERVATION II

D^r LEFÈVRE, Société de médecine et de chirurgie, 18 mars 1910.

Homme, 46 ans, apporté à l'Hôpital Saint-André, le vendredi 1^{er} mai 1908, à 11 h. 30 du soir.

Cet homme, qui exerce la profession de wattman, a été pris subitement, à 2 heures de l'après-midi, soit une heure après son déjeuner, d'une douleur vive siégeant à l'épigastre, à droite de la ligne médiane, irradiée tout d'abord entre les deux épaules; elle a rapidement diffusé dans tout le ventre pour devenir surtout forte dans la région épigastrique.

Ces phénomènes douloureux se sont accompagnés de nausées, d'éblouissements, de sueurs froides, et ont présenté une acuité telle que, quelques instants après le début des accidents, notre patient a été obligé d'interrompre son travail et on dut le transporter chez lui.

Un médecin appelé constata en voyant le malade, à 6 heures, qu'il présentait quelques vomissements noirâtres peu abondants, un arrêt complet des gaz et une anurie absolue; deux lavements huileux furent administrés, l'entéroclyse pratiquée; devant le résultat négatif de ce traitement, on administra au malade une potion à la morphine, et à 11 h. 1/2 du soir on l'envoyait d'urgence à l'hôpital avec le diagnostic d'occlusion intestinale. A minuit, nous fûmes appelés à l'examiner. Nous nous trouvions en présence d'un homme

amaigri, au facies pâle, aux yeux encavés, cernés, le nez pincé. Bref, il présente le facies péritonéal typique. Il parait en proie aux plus vives douleurs; il est étendu dans son lit; dans le décubitus dorsal, les cuisses fléchies sur le bassin. Il se plaint continuellement et reste figé dans une immobilité absolue.

La langue est sèche, recouverte d'un enduit noirâtre; les dents sont fuligineuses, son haleine exhale une odeur aigrelette, la respiration est superficielle, rapide; le pouls, petit et rapide, a 140; la température axillaire est de 36°3; les extrémités sont refroidies.

A l'inspection de l'abdomen, on note que son ventre est plat, ni saillant ni rétracté, aucune voussure localisée. La respiration diaphragmatique est totalement abolie.

On ne voit pas les anses intestinales se dessiner sous la peau; le ventre est dur comme du bois, la contracture musculaire est invincible. Il semble que la douleur maxima siège au creux épigastrique. La percussion décèle une sonorité tympanique, sauf au niveau du flanc droit. Sonorité préhépatique. Toucher rectal négatif.

Interrogé sur ses antécédents, le malade répond à grand'peine que depuis huit jours, deux heures après ses repas, il était pris de douleurs atroces siégeant à l'épigastre, irradiées aux deux épaules, puis apparaissaient des vomissements alimentaires et la douleur se calmait.

En présence de ces faits, on diagnostique: ulcère perforé de l'estomac.

A 2 heures du matin, sous chloroforme, laparotomie médiane sus-ombilicale.

Le péritoine ouvert, il s'échappe des gaz en sifflant et du liquide noirâtre contenant des grumeaux de lait et des fragments de vermicelle. Les bords de la plaie sont écartés à l'aide de l'écarteur de Ricard; le foie est relevé découvrant ainsi la face antérieure de l'estomac.

Sur cette face, à 4 centimètres du pylore, tout contre la petite courbure, apparaît une perforation à l'emporte-pièce, des dimensions d'une pièce de 50 centimes, entourée d'une zone indurée, formant une plaque dure, irrégulière, un peu plus grande qu'une pièce de 2 francs.

• La fermeture de la perforation ne peut être faite directement, les fils coupant les tissus de la zone indurée. Pour oblitérer la perforation et enfouir la zone calleuse, une *large plicature* maintenue par un surjet et des points de renforcement est faite obliquement de la grande courbure vers la petite.

Par-dessus ce pli, un morceau du petit épiploon est détaché et rabattu de haut en bas et fixé à ladite courbure. Par-dessus ce fragment épiploïque, un rectangle du grand épiploon est sectionné et rabattu de bas en haut.

Le reste de l'estomac exploré ne présente pas trace d'autre ulcère. Tout le péritoine est rouge, grumeleux. A ce moment, l'incision abdominale est agrandie sous l'ombilic. Rapidement on éponge tant bien que mal la cavité péritonéale souillée.

Deux contre-ouvertures sont pratiquées dans les fosses iliaques. Suture de la paroi à trois plans. Drainage par l'angle inférieur de la plaie : drainage par les deux contre-ouvertures iliaques. L'examen bactériologique du liquide décèle la présence de *colibacilles*.

Suites opératoires simples.

Le 5 mai, hématomèse légère. Les dix premiers jours, régime lacté, puis alimentation normale.

Il quitte l'hôpital le 10 juin 1908, guéri. Depuis, il a pu reprendre son travail de wattman et depuis deux ans, à condition de suivre un régime assez sévère, il ne souffre plus de l'estomac, mais dès qu'il commet quelque infraction à son régime, il est pris de douleurs et de vomissements.

A la Société anatomo-clinique de Bordeaux en janvier 1925, M. le Dr Lefèvre apprend que ce malade est mort d'hématomèse foudroyante quatre ans environ après son opération pour ulcère perforé.

OBSERVATION III

LAGOUTTE, Société de chirurgie, 13 octobre 1920.

Homme de 17 ans. Aucun passé gastrique. Le 6 février 1918, à 17 heures, syndrome douloureux diffus à début brusque. A 20 heures, incision en baïonnette d'abord limitée à sa branche inférieure pour explorer l'appendice qui est sain.

Perforation lenticulaire du premier segment duodénal. Enfouissement au catgut et tampon épiploïque. Drainage sus-pubien. Guérison. Revu le 25 mai 1920 ; santé parfaite, n'a plus jamais souffert de l'estomac.

OBSERVATION IV

LAGOUTTE, *loc. cit.*

Homme de 40 ans, Le 12 février 1918, après deux jours de douleurs gastriques tolérables, est pris, à 15 heures, d'une douleur violente et brusque.

Ventre de bois, maximum de la douleur à droite ; vomissements ; pouls à 85.

Intervention à 17 heures. Même incision. La perforation, comme une tête d'épingle en verre, siège sur la face antérieure de la première portion du duodénum.

Technique habituelle avec drain sus-pubien.

Guérison. Actuellement, trois mois après l'opération, état de santé excellent. Aucun trouble subjectif appréciable.

OBSERVATION V

LAGOUTTE, *loc. cit.*

Homme de 38 ans ayant depuis longtemps des douleurs tardives.

Le 26 mars 1918, à 11 heures, syndrome d'ulcus perforé. A 15 heures, intervention. Trou comme une tête d'épingle en verre sur une large base indurée de la première portion duodénale.

Enfouissement laborieux par suture séro-séreuse, renforcé par accolement de l'estomac et de l'épiploon.

Drain sus-pubien avec issue d'une grande quantité de liquide jaune sale.

Revu en mai 1920 ; très bonne santé ; n'a plus souffert de l'estomac depuis l'opération. Éventration cicatricielle.

OBSERVATION VI

LAGOUTTE, *loc. cit.*

Homme de 23 ans, sobre et sans passé gastrique. Le 29 mars 1920, à 6 heures, début brutal des accidents. A 9 heures, incision ondulée. Perforation lenticulaire de la première portion.

Suture et drainage sus-pubien.

Guérison. Revu le 25 mai 1920 ; ne souffre plus de l'estomac.

OBSERVATION VII

LAGOUTTE, *loc. cit.*

Homme de 21 ans. Quelques troubles gastriques antérieurs. Le 24 juillet 1920, à 17 heures, douleur abdominale brusque. Vu une heure après, se tient courbé en deux, contracture dans la région sus-hépatique. Ni vomissements, ni shock. Pouls à 80.

A 18 h. 30, incision médiane sus-ombilicale. Perforation comme un pois, au centre d'une masse dure et blanchâtre de la première portion du duodénum.

Enfouissement par deux plans séro-séreux et gastro-entérostomie complémentaire par crainte d'un trop grand rétrécissement du duodénum. Drain sus-pubien.

Guérison. Le 1^{er} octobre 1920, le malade ne se plaint d'aucun trouble gastrique.

OBSERVATION VIII

LAGOUTTE, *loc. cit.*

Homme de 15 ans, souffrant depuis longtemps de l'estomac. Début brusque des accidents abdominaux le 25 juillet 1920, à 11 heures.

Opération à 16 h. 45, soit cinq heures quarante-cinq après le début.

Incision médiane. Perforation lenticulaire de la première portion du duodénum, sans modification des parois.

Enfouissement séro-séreux. Drain sus-pubien.

Guérison. Revu en très bon état le 1^{er} octobre 1920.

OBSERVATION IX

PAPIN et DUBOURG, Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, 1921.

Il s'agit d'un homme de 39 ans. Opéré, le 20 juin 1920, de perforation d'un ulcère calleux de la petite courbure. Suture simple.

Huit mois après l'opération, cet homme ne présente aucun signe d'évolution ulcéreuse.

Il mange à peu près n'importe quoi et ne souffre pas. L'examen du liquide gastrique et des selles, la radioscopie sont négatifs.

Mais dix mois après que M. Papin eut dit cela, le malade est revenu à l'hôpital avec de nouveaux signes d'évolution ulcéreuse.

OBSERVATION X (1).

BERGER.

Homme, 20 ans. Opéré cinq heures après la perforation d'un ulcère prépylorique. Suture simple. Guérison opératoire. Un mois plus tard recommence à souffrir. Gastro-entérostomie secondaire. Guérison des troubles gastriques.

OBSERVATION XI

BOVIER.

Homme, 48 ans. Opéré trente-six heures après perforation d'un ulcère calleux juxta-pylorique. Suture simple. Guérison.

Le malade, par la suite, se plaint de souffrir comme avant son opération.

OBSERVATION XII

BRAINE.

Homme de 28 ans. Opéré cinq heures après la perforation d'un ulcère calleux du vestibule pylorique.

Suture simple. Gastro-entérostomie pour sténose pylorique deux mois plus tard.

(1) Les observations de (Obs. X) à (Obs. XLI) sont prises dans la thèse de Radovitch.

OBSERVATION XIII

BREWER.

Femme, 25 ans. Opérée trois heures après la perforation d'un ulcère de la face postérieure de l'estomac près de la petite courbure. Suture simple, guérison opératoire.

Revue plus tard, va mal, et l'on doit faire une gastro-entérostomie secondaire.

OBSERVATION XIV

BRUNNER.

Homme, 19 ans. Suture simple trois heures et demie après la perforation d'un ulcère de la petite courbure. Guérison.

État bon neuf mois après.

OBSERVATION XV

CLOGG.

Homme, 28 ans. Ulcère calleux de la première portion du duodénum perforé et traité par suture simple.

Pas de troubles gastriques sept mois après l'intervention.

OBSERVATION XVI

HARTWELL.

Homme de 48 ans. Opéré deux heures après la perforation d'un ulcère gastrique induré situé à 3 centimètres du pylore. Suture simple. Guérison.

Revu. Présente une forte hyperchlorhydrie.

OBSERVATION XVII

KÜMMER.

Homme de 42 ans. Opéré par simple suture deux heures après perforation d'un ulcère duodénal. Bien-être parfait pendant deux ans. Puis nouveaux signes d'évolution ulcéreuse. Réintervention : énorme ulcère calleux. Gastro-entérostomie et exclusion du pylore. Guérison.

OBSERVATION XVIII

KÜMMER.

Homme, 17 ans. Opéré par simple suture huit heures après perforation d'un ulcère prépylorique ; six ans après se déclare parfaitement guéri.

OBSERVATION XIX

PECK.

Homme opéré quatre heures après la perforation d'un ulcère duodénal. Suture simple. Guérison. Nécessité de la gastro-entérostomie treize ans après.

OBSERVATION XX

PECK.

Femme, ulcère perforé de la face antérieure de l'estomac. Suture simple. Guérison.

Quatre ans plus tard, troubles de biloculation gastrique. Gastro-entérostomie.

OBSERVATION XXI

PRADER.

Homme, 23 ans. Ulcère induré, à trois travers de doigt du pylore. Suture simple de la perforation ; sept mois après se plaint de souffrir.

OBSERVATION XXII

PRADER.

Homme, 26 ans. Opéré douze heures après perforation d'un ulcère induré situé à cinq travers de doigt du pylore ; trois ans après a de nouveau des troubles gastriques.

OBSERVATION XXIII

PRADER.

Femme de 23 ans. Opérée par suture simple d'un ulcère induré perforé, situé à cinq travers de doigt du pylore. Troubles gastriques neuf mois après.

OBSERVATION XXIV

PRADER.

Femme, 27 ans. Opérée pour ulcère perforé (ulcus calleux). Suture simple. Guérison opératoire.

On doit ultérieurement faire une nouvelle intervention pour sténose pylorique. On fait une gastro-entérostomie. La malade augmente de poids, mais a des brûlures et un point douloureux dans la région épigastrique.

OBSERVATION XXV

SCHEA.

Homme, 40 ans. Intervention précoce (suture simple) pour ulcère gastrique perforé. Trois mois plus tard, troubles gastriques nécessitant une anastomose gastro-intestinale. Guérison.

OBSERVATION XXVI

SCHEA.

Homme, 36 ans. Intervention précoce pour ulcère perforé de la première portion du duodénum. Guérison neuf mois après ; pas de troubles gastriques.

OBSERVATION XXVII

TUFFIER.

Femme. Ulcère gastrique haut situé. Les bords de la perforation sont souples et minces. Suture simple. Guérison. Revue dix-huit mois après. Aucun trouble gastrique. Une seconde intervention pour éventration, faite dix-huit ans après la première, permet de constater l'intégrité de l'estomac.

OBSERVATION XXVIII

BERGERET.

Homme, 45 ans. Opéré treize heures après perforation d'un ulcère calleux pyloro-duodéal. Suture plus gastro-entérostomie. Dix-huit

mois après, le malade ne se plaint d'aucun trouble gastrique. A la radio, tout passe par la gastro-entéro-anastomose.

OBSERVATION XXIX

BOPPE.

Homme, 39 ans. Opéré huit heures après perforation d'un ulcère calleux à cheval sur les première et deuxième portions du duodénum. Suture et gastro-entérostomie. Guérison opératoire. Un mois plus tard, nouvelle perforation d'un ulcère sur la face postérieure du duodénum et mort du malade.

OBSERVATION XXX

KOTZAREFF.

Homme, 54 ans. Opéré deux heures après perforation d'un ulcère duodénal. Suture et gastro-entérostomie. Guérison se maintenant onze mois après l'opération.

OBSERVATION XXXI

KÜMMER.

Homme, 33 ans. Opéré sept heures après perforation d'un ulcère duodénal. Suture et gastro-entérostomie au bouton. Trois ans après, le malade ne souffre pas de l'estomac (le repas bismuthé est exclusivement évacué par le pylore).

OBSERVATION XXXII

KÜMMER.

Homme, 45 ans. Opéré dix heures après perforation d'un ulcère duodénal. Suture suivie de gastro-entérostomie. Revu cinq ans plus tard, légère hyperacidité. Évacuation gastrique par les deux voies. Point douloureux au niveau de l'anastomose. Un an après, ces troubles disparaissent.

OBSERVATION XXXIII

LECÈNE.

Homme, 48 ans. Opéré quatre heures après la perforation d'un ulcère calleux de la petite courbure. Suture et gastro-entérostomie. Guérison opératoire. Mort trois mois et demi plus tard de tuberculose pulmonaire. A l'autopsie, on ne trouve plus trace de l'ulcère.

OBSERVATION XXXIV

LECÈNE.

Homme, 20 ans. Suture et gastro-entérostomie pour ulcère calleux perforé de la première portion duodénale. Deux ans plus tard, le malade va très bien. Évacuation prépondérante par l'anastomose.

OBSERVATION XXXV

POMMAY.

Homme, 58 ans. Suture et gastro-entérostomie. Six heures après, perforation d'un ulcus juxta-pylorique.

Revu six mois et seize mois plus tard, le malade va très bien.

Évacuation se faisant par la bouche anastomotique.

OBSERVATION XXXVI

PRADER.

Homme, 47 ans. Suture et gastro-entérostomie pour ulcère perforé de la première portion duodénale.

Revu neuf ans plus tard. Pas de troubles gastriques.

OBSERVATION XXXVII

PRADER.

Homme, 62 ans. Opéré par suture et gastro-entérostomie pour ulcère calleux perforé de la première portion duodénale.

Deux ans après, quelques troubles d'hyperpésie.

OBSERVATION XXXVIII

PRADER.

Homme, 37 ans. Ulcère calleux, première portion duodénale.
Suture et gastro-entérostomie.

Trois ans après, aucun trouble gastrique.

OBSERVATION XXXIX

PRADER.

Homme, 27 ans. Ulcère induré de la première portion duodénale.
Suture et gastro-entérostomie. Un an après, état parfait.

OBSERVATION XL

KÜMMER.

Homme, 38 ans. Excision d'un ulcère de la petite courbure dix heures après sa perforation.

Six mois plus tard, troubles dyspeptiques, retard de l'évacuation.

OBSERVATION XLI

MAUGÉ.

Homme, 38 ans. Thermocautérisation d'un ulcère perforé (ulcus calleux de la petite courbure) à 5 centimètres du pylore.

Dix mois plus tard, récurrence des accidents ulcéreux.

OBSERVATION XLII

PERRIN, Société de chirurgie de Lyon, 14 février 1924.

Ulcère perforé de la région prépylorique opéré par suture simple à la douzième heure.

Deux ans et demi après, le malade écrit qu'il va très bien, a engraisé de 5 kilos et digère parfaitement, sans souffrir, n'importe quelle nourriture.

Quatre Weber successifs ont été négatifs.

OBSERVATION XLIII

PERRIN, *loc. cit.*

Ulcère perforé du pylore opéré à la cinquantième heure par suture simple. Revu quatre ans plus tard. Embonpoint de 1 kilo.

Plus de douleurs post-fraudiales comme avant l'opération. Mais après les repas copieux, le malade se sent ballonné et mal à l'aise.

Examen clinique : Estomac dilaté, mais sans péristaltisme.

L'examen radioscopique montre un estomac horizontal descendant au niveau de l'ombilic, mais s'évacuant dans les délais normaux. Rien au pylore.

OBSERVATION XLIV

PERRIN, *loc. cit.*

Ulcère perforé du pylore opéré à la cinquième heure. Suture simple. Trois ans et deux mois après, le malade est méconnaissable. Il a augmenté de 12 kilos, les digestions sont parfaites.

Deux Weber ont été négatifs. Pas de radio.

OBSERVATION XLV

PERRIN, *loc. cit.*

Ulcère perforé de la petite courbure. Opéré à la quarantième heure par suture simple.

Revu dix-huit mois après. Poids stationnaire. Le malade, qui avait des douleurs gastriques très vives, ne souffre plus qu'à de très rares intervalles et lorsqu'il fait un écart de régime.

Weber négatif. Examen clinique et radio négatifs.

OBSERVATION XLVI

PERRIN, *loc. cit.*

Ulcère perforé de la région prépylorique. Opéré à la douzième heure par suture simple.

Trois ans et demi après, le malade a engraisé de 4 kilos, ne souffre plus de l'estomac.

Quatre Weber négatifs. Pas de radio.

CONCLUSION

On ne peut pas dire que la question du traitement des ulcères gastro-duodénaux perforés se réduise à la discussion du meilleur traitement chirurgical de la maladie de Cruveilhier lorsqu'il s'agit des résultats éloignés des ulcères perforés opératoirement guéris.

Il semble, en effet, que certains ulcères à forme anatomoclinique spéciale puissent être considérés comme guéris par leur perforation. Ces formes mises à part, toutes choses étant égales d'ailleurs, il semble que les procédés d'exérèse appliqués aux ulcères perforés donnent les meilleurs résultats éloignés.

Vu : *Le Doyen,*
C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
L. PRINCETEAU.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 21 février 1925.
Le Recteur de l'Académie,
F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- BASSET. — *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, 1923, n° 6.
- BÜLLOCK. — *The medical Journal of Australia*, 1921, n° 2.
- CHAVANNAZ. — *Journal de médecine de Bordeaux*, 10 mai 1921.
- DUVAL. — *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, 1924, n° 24.
- ELIOT. — *Annals of Surgery*, 1912, t. LV, nos 4 et 5.
- GIBSON. — *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, 1923, n° 25.
- LAGOUTTE. — *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, 1920.
- LEFÈVRE. — *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1910, p. 248.
- MAYO. — *Revue de chirurgie*, 1908, p. 326.
- MOUTIER. — *Archives des maladies de l'appareil digestif et de ses annexes*, octobre 1924.
- PAPIN. — *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 24 avril 1921.
- PERRIN. — Société de chirurgie de Lyon, 14 février 1924.
— *Lyon chirurgical*, 1923, p. 670.
- RADOÏEVITCH. — Thèse de Bordeaux, 1924.
- STEWART et BARBER. — *Annals of Surgery*, 1922, t. LXXV.

